

<b>I. Información del Cliente</b>			
<b>Prefijo:</b> <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.			
<b>Apellido:</b> _____	<b>Primer Nombre:</b> _____	<b>Segundo Nombre:</b> _____	<b>Sufijo:</b> <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Otro
<b>Domicilio:</b> _____			
<b>Ciudad:</b> _____		<b>Estado:</b> _____	
<b>Código Postal:</b> _____			
<b>Condado de Residencia:</b> <input type="checkbox"/> Montgomery County <input type="checkbox"/> Prince George's County <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>No. de teléfono al que prefiere que se le llame:</b> ( _____ ) _____ - _____ <b>Es su:</b> <input type="checkbox"/> Tel de casa <input type="checkbox"/> Tel. celular <input type="checkbox"/> Tel. del trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / ____		<b>Edad:</b> _____	
<b>Número de Seguro Social:</b> _____ - _____ - _____			
<b>Genero:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero – se identifica como hombre <input type="checkbox"/> Transgénero – se identifica como mujer			
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vive con pareja <input type="checkbox"/> Cliente se negó a contestar		<b>Estado Militar:</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Veterano	
<b>País de Origen:</b> <input type="checkbox"/> Estado Unidos <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Etnicidad</b>			
<input type="checkbox"/> No Hispano			
<input type="checkbox"/> Si Hispano/Latino			
<input type="checkbox"/> Cliente se negó a contestar			
<b>Por favor especifique:</b>			
<input type="checkbox"/> Argentino(a) <input type="checkbox"/> Hondureño(a) <input type="checkbox"/> Boliviano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Chileno(a) <input type="checkbox"/> Nicaragüense <input type="checkbox"/> Colombiano(a) <input type="checkbox"/> Peruano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Dominicano(a) <input type="checkbox"/> Salvadoreño(a) <input type="checkbox"/> Ecuatoriano(a) <input type="checkbox"/> Español(a) <input type="checkbox"/> Guatemalteco(a) <input type="checkbox"/> Venezolano(a) <input type="checkbox"/> Otro Hispano o Latino			
<b>Raza: Por favor seleccione <u>todas</u> las que correspondan:</b>			
<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska			
<input type="checkbox"/> Negro o Áfrico-americano			
<input type="checkbox"/> Si asiático: por favor especifique:			
<input type="checkbox"/> Asiático de la India <input type="checkbox"/> de Filipinas <input type="checkbox"/> de Taiwán <input type="checkbox"/> de Burma <input type="checkbox"/> de Japón <input type="checkbox"/> de Tailandia <input type="checkbox"/> de Bangladesh <input type="checkbox"/> de Korea <input type="checkbox"/> de Vietnam <input type="checkbox"/> Chino, excepto de Taiwán <input type="checkbox"/> de Nepal <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> de Pakistán			
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> El cliente se negó a contestar			
<b>Idioma que prefiere:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Asistencia en otro idioma (Barrera de Lenguaje):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nivel educativo, grado escolar más alto que completo:</b>			
<input type="checkbox"/> Menos de Secundaria (Ultimo grado completo _____)			
<input type="checkbox"/> Graduado de Educación Secundaria o similar (GED)			
<input type="checkbox"/> Algunos cursos universitarios (Grado de Asociado)			
<input type="checkbox"/> Graduado Universitario (Licenciatura) (Bachelor's)			
<input type="checkbox"/> Grado avanzado (Maestría, Doctorado, Leyes)			
<input type="checkbox"/> El cliente se negó a contestar			

<b>II. Nivel de Ingresos</b>				
<b>Ingreso anual de la familia:</b> \$ _____	<b>Número de personas en la familia:</b> _____			
<b>III. Cobertura de seguro de salud</b>				
<b>Tipo de Seguro:</b> <input type="checkbox"/> Asistencia Médica (Medicaid) <input type="checkbox"/> Seguro Privado o del trabajo <input type="checkbox"/> NO TENGO SEGURO	<b>Numero de Asistencia Médica (Medicaid #):</b> _____			
	<b>¿Si tiene asistencia médica (Medicaid), cual es el proveedor del seguro?</b> <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> MD Physician Care <input type="checkbox"/> Priority Partners <input type="checkbox"/> Riverside <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	<b>Si tiene seguro privado o seguro del trabajo, llene lo siguiente:</b>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Nombre del seguro:</b></td> <td><b>Numero de Membresía:</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Numero de Grupo:</b></td> </tr> </table>	<b>Nombre del seguro:</b>	<b>Numero de Membresía:</b>	
<b>Nombre del seguro:</b>	<b>Numero de Membresía:</b>			
	<b>Numero de Grupo:</b>			



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y ACUERDO FINANCIERO**

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**Consentimiento para Pruebas y Tratamiento**

Doy mi consentimiento para recibir servicios de la Clínica de STI, y autorizo a personal de la clínica para proporcionar tales pruebas, tratamiento y / o servicios que se consideren necesarios y convenientes para mí. Entiendo que tal cuidado puede incluir un examen con una revisión de mi historial médico, historia social y examen físico incluyendo pruebas de laboratorio necesarias para la detección de infecciones transmitidas sexualmente. Entiendo que puedo recibir tratamiento en forma de inyecciones y otros medicamentos que se basan en criterios médicos establecidos, pero no libres de riesgo. Entiendo que tengo el derecho de rechazar pruebas, intervenciones, tratamiento, servicios y / o medicamentos en cualquier momento en la medida en que la ley lo permita.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**Acuerdo Financiero**

Entiendo que para adultos (de 21 años o más), hay un cobro para recibir servicios de la Clínica de STI. Entiendo que si tengo cobertura de seguro a través de asistencia médica de Maryland (Medicaid), se me pedirá que presente mi tarjeta de seguro con una identificación válida para cubrir los cobros de la clínica. Si no presento mi información de asistencia médica de Maryland (Medicaid) en el momento de mi cita o si no tengo seguro de Medicaid, la Clínica de STI me considera responsable por pagar la visita en su totalidad.

Entiendo que no se me pueden negar servicios si no puedo pagar el cobro de la clínica. Una escala de cargos reducidos está disponible para los pacientes que necesitan ayuda con los cobros de la clínica. Entiendo que necesitaré presentar prueba de mis ingresos para determinar si califico para recibir un cobro de clínica reducida. Entiendo que seré responsable de pagar el cobro de clínica en su totalidad en el momento de mi cita o la clínica me mandara una factura de los cobros que necesito pagar.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**Autorización de Beneficios (Maryland Medicaid Solamente)**

Por la presente autorizo el pago de beneficios por mi proveedor de seguro de Maryland Medicaid directamente a Montgomery County Maryland Government para todos los cargos relacionados con los servicios que recibí de esta clínica. Además, permito que la Clínica de STI divulgue partes relevantes de mis registros al seguro en el proceso de buscar el reembolso de los servicios recibidos en esta clínica.

**Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo completamente las disposiciones contenidas en este documento.**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Imprima su nombre:</b>	<b>Fecha De Nacimiento:</b>